

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

No

300

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 Juillet, à 1 heure

Par LOUIS PASCAULT,

Né le 22 novembre 1862, à Briare-le-Canal (Loiret).

DÉCHIRURE DU COL UTÉRIN
PATHOGÉNIE DE SES COMPLICATIONS
TRAITEMENT

Président : M. TRÉLAT, Professeur.

Juges : MM.

{ POTAIN, professeur.

{ RECLUS et JOFFROY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		DUPLAY.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		TARNIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
Clinique médicale.....		STRAUSS.
Maladies des enfants.....		SÉE (G.)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....		PETER.
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		BALL.
Clinique d'accouchement.....		FOURNIER.
		CHARCOT.
		RICHET.
		VERNEUIL.
		TRELAT.
		LE FORT.
		PANAS.
		N.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	REYNIER.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomi-	RIBEMONT-DESS.
BOUILLY.	HUTINEL.	ques.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	JALAGUIER.	POUCHET	SCHWARTZ.
BRUN.	JOFFROY.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	RECLUS.	
DEJERINE.	PEYROT.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR U. TRÉLAT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MARCHANT.

Chirurgien des Hôpitaux.

DÉCHIRURE DU COL UTÉRIN

PATHOGÉNIE DE SES COMPLICATIONS

TRAITEMENT

INTRODUCTION

La lecture d'Emmet nous avait inspiré l'idée d'étudier l'influence pathogénique qu'il reconnaît aux déchirures du col dans son édition de 1884. Mais, depuis cette époque, de nombreux travaux sont venus éclairer d'un jour tout nouveau l'évolution des accidents puerperaux. Une thèse sur les endométrites infectieuses (Peraire. Th. de Par. 1888-89) nous ayant démontré le rôle des agents septiques dans la métrite, nous avons cru pouvoir logiquement rattacher à cette même cause la plupart des lésions qui compliquent les lacérations cervicales. Des recherches que nous avons dirigées en ce sens n'ont point été vaines; et c'est appuyé sur des noms faisant autorité que nous soumettons cette thèse à l'appréciation de nos maîtres. Emmet, subordonnant tout à

la cellulite, avait rangé la septicémie au second plan, nous lui donnons la première place. Mais, cette réserve faite, nous reconnaissons qu'une grande part lui revient dans la symptomatologie et dans l'interprétation de certaines complications de la déchirure du col, ainsi que dans leur traitement.

Avant d'aller plus loin, je tiens à rappeler que l'ouvrage d'Emmet nous a été présenté en France par M. le docteur Trelat : je saisis cette occasion pour offrir à l'éminent professeur l'expression de ma gratitude pour la bienveillance qu'il m'a toujours montrée et dont je lui demande aujourd'hui la continuation, et pour l'honneur qu'il veut bien me faire en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il me soit également permis d'adresser le témoignage de ma plus vive reconnaissance à son ancien chef de clinique, M. le docteur G. Marchant, chirurgien des hôpitaux, dans lequel j'ai eu le bonheur de rencontrer, non seulement un guide sûr et éclairé pour mes études, mais encore, et dans des circonstances souvent pénibles, un ami complètement dévoué. Je remercie enfin bien sincèrement M. Legry, interne des hôpitaux, qui m'a aidé de ses conseils, et M. le docteur Dudley-Tait qui a bien voulu se charger des recherches bibliographiques dans les journaux et ouvrages étrangers.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

des premiers accidents consécutifs à la déchirure du col.

Jacquelot, dans sa thèse, a longuement exposé les données étiologiques des déchirures du col; aussi, nous contenterons-nous ici d'en noter les points principaux qui serviront de base aux déductions que nous voulons en tirer.

Les causes des lacérations du col peuvent se diviser en chirurgicales et obstétricales : les premières sont extrêmement rares et ne sauraient se produire que quand on pratique sur l'orifice cervical une dilatation forcée ou une incision dans un but thérapeutique, ou lors de l'extirpation d'une tumeur intra-utérine trop volumineuse. Pendant l'accouchement, au contraire, le col sera très souvent lésé; pour qu'il ne le soit pas, il faut, en effet, que sa dilatation se fasse d'une façon régulière et complète; or, chez une primipare, surtout si elle est âgée, le col s'assouplit mal; chez une multipare, d'anciennes cicatrices lui enlèvent son élasticité, une métrite parenchymateuse chronique, une tumeur, des spasmes, produisent le même effet. Supposons un col bien dilatable; s'il est dévié, si le col de l'utérus ne se trouve pas dans son

axe, la force expulsive agira dans un point excentrique à l'orifice cervical. Dans le cas même où ces conditions n'existent pas, il peut arriver, surtout chez les primipares à large bassin, et quand on administre de l'ergot mal à propos, que l'accouchement se faisant brusquement, le fœtus brise, au lieu de l'écartier, l'obstacle qu'il trouve sur sa route. Il semblerait que la lenteur de l'accouchement fût une garantie contre ces effractions, et cependant Emmet Pallen, Jacquelot les signalent comme plus fréquentes que dans les accouchements rapides : c'est qu'ici d'autres causes se présentent, qui amènent la prolongation du travail (mauvaise présentation, trop gros volume du fœtus ou de ses annexes, inertie utérine, rupture prématurée de la poche des eaux, etc...) et qui nécessitent généralement une intervention : or, quelle que soit la légèreté de main avec laquelle sera faite la version, le premier et le troisième temps exposent le col à une distension exagérée et mal répartie sur son orifice : il en est de même dans le placement du forceps ; en outre, dans ces deux opérations, il est difficile de faire exactement les tractions dans les axes du conduit vulvo-utérin. Enfin, notons, comme dernière cause de déchirure du col, les manœuvres nécessitées par une délivrance artificielle. Emmet signale aussi les avortements et en particulier les avortements criminels. « J'ai trouvé, dit-il, le col déchiré dans tous les cas où la malade a avoué qu'elle avait été soumise à des manœuvres illicites. »

Après cet exposé, on ne s'étonnera pas de la fréquence des lacérations du col :

Sur 500 femmes accouchées et malades, Emmet a trouvé 164 déchirures, soit 32,80 % ;

Sur 930....	Mundé.....	293.....	31,50 %
« 456....	Baker.....	135.....	29,60 %
« 395....	Davenport..	139.....	35,40 %
2.281		731	32 %

Donc, d'après Eustache, à qui sont empruntés ces chiffres, un tiers environ des femmes accouchées ont une lésion du col assez considérable pour justifier la trachélorrhaphie. D'après certains auteurs, Emmet, Mundé, Wing, Jacobi, les déchirures seraient presque constantes chez les primipares : c'est à elles que seraient dues les modifications de l'orifice cervical qui, chez les multipares, est toujours plus ou moins mamelonné; chacune des dépressions intermédiaires aux petites saillies serait constituée par une cicatrice. Cette hypothèse est acceptable si l'on veut bien remarquer que, dans tous les tissus, une solution de continuité ne laisse, quand elle se cicatrise par première intention, qu'une cicatrice linéaire à peine visible et qui disparaît généralement assez vite.

De ce que la statistique d'Eustache est entièrement tirée d'auteurs américains, on serait peut-être disposé à en conclure que les déchirures du col sont plus fréquentes dans le nouveau monde que dans l'ancien, soit à cause de l'inexpérience des sages-femmes (du moins c'est l'opinion d'Emmet), soit parce que l'on y

a plus vite recours aux forceps que chez nous. N'y aurait-il pas plutôt là de notre part une façon différente d'interpréter une lésion que les Américains appellent lacération et que nous nous attribuons à la métrite. Vulliet dit n'avoir jamais vu de déchirure du col jusqu'au jour où la lecture d'ouvrages étrangers lui en a démontré la réalité. Playfair (*Ann. Gynec.* 1884, p. 232) raconte comment il s'est laissé convaincre par les théories d'Emmet. Nous devons avouer qu'aujourd'hui nous n'en sommes plus comme Vulliet à faire notre premier pas dans la voie du diagnostic ; la déchirure est assez volontiers admise comme déchirure ; mais nous hésitons encore à suivre Playfair quand il s'agit de reconnaître les conséquences de cette lésion et de lui appliquer un traitement spécial.

Ces conséquences résultent presque toutes de son siège, de sa profondeur, et, d'autre part, des soins donnés à la femme après l'accouchement. Nous passons rapidement sur les cas exceptionnels de rupture respectant l'orifice même du col ; généralement il y eut alors des lésions profondes du péritoine qui entraînèrent promptement la mort.

Les déchirures siègent au point malade quand le col était altéré dans sa structure ; sinon on les rencontrera à peu près indifféremment sur les lèvres antérieures ou postérieures et beaucoup plus souvent sur les bords latéraux. En ce dernier point, quand les lacérations sont superficielles, elles peuvent guérir rapidement pour peu que l'accouchée prenne quelques soins de propreté. Celles

des lèvres antérieures et postérieures sont relativement rares ou du moins se cicatrisent assez vite pour ne laisser d'autres traces que celles que nous avons signalées sur les cols de multipares ; elles sont rares, car, en avant et en arrière, le col est renforcé par une bande musculaire verticale qui manque sur les côtés ; elles se cicatrisent vite parce que, grâce à cette doublure du col, elles sont peu profondes et ne se prolongent pas, comme les déchirures latérales, jusque dans un tissu cellulaire tout prêt à s'infiltrer et à s'enflammer. Quand la rupture dépasse l'épaisseur du col et des attaches du vagin, en arrière, le péritoine peut être divisé et il en résulte une péritonite généralement sur-aiguë et mortelle ; tardivement, en cas de guérison, on peut avoir une bride cicatricielle qui provoque un déplacement de l'utérus, auquel il est fort difficile de remédier, le cul-de-sac postérieur se trouvant effacé et ne pouvant recevoir un pessaire : en avant, la déchirure du col entame quelquefois la vessie et il reste une fistule vésico-utérine linéaire, bien plus facile à guérir d'ailleurs que celles qui résultent d'une gangrène par compression. Dans les culs-de-sac latéraux, les lacerations sont le plus souvent graves ; comme ce sont celles qu'on rencontre le plus fréquemment, nous allons les étudier avec détail et décrire à leur propos les accidents des déchirures profondes.

Emmet commence son chapitre xxviii par ces mots : « L'importance de cette lésion ne peut être exagérée, puisque plus de la moitié des maux dont

souffrent les femmes qui ont eu des enfants doivent être attribués à la déchirure du col ». Cette phrase pourrait être prise au pied de la lettre si la théorie d'Emmet, telle qu'il la développe dans la dernière édition de son livre en 1884, ne péchait pas par plusieurs points ; mais il reste quand même là un fond de vérité que nous allons essayer de démontrer.

A propos des déchirures antérieures et postérieures nous avons dit que leur rareté tient, entre autres causes, à ce que les lèvres du col sont doublées en ces points de fibres musculaires verticales ; sur les côtés on n'a plus que les fibres circulaires du col même, et encore nombre d'entre elles vont-elles se jeter directement dans les ligaments larges sans s'entrecroiser aux commissures. Nous avons donc là un point faible, et c'est en effet là que cède le plus souvent le col, quand il est forcé par les efforts de l'utérus. D'après Emmet, sur 100 cas, les déchirures siègent 48 fois à gauche, 30, 48 des deux côtés, 14, 02 à droite ; 7 fois il eut des déchirures étoilées.

Or cette localisation de la déchirure n'est pas sans influence sur son évolution ni sur ses conséquences ; l'anatomie nous en donne la raison : faisons une coupe verticale du bassin séparant l'utérus en 2 moitiés, antérieure et postérieure, et nous verrons que le col correspond à un espace limité en haut par le péri-toine, en bas par le releveur anal, espace rempli d'un tissu cellulaire lâche ; la plaie restant béante (nous verrons pourquoi plus loin) les lochies s'infiltrent fatalement à travers cette issue qui leur est ouverte,

d'où un plegmon péri-utérin. Ce n'est pas d'ailleurs là la seule cause d'infection ; tout autour du col nous trouvons des lymphatiques nombreux, parfois un ganglion en arrière, toujours un réseau très fourni : les vaisseaux sanguins sont aussi extrêmement abondants et très ramifiés, formant une sorte de tissu érectile ; à l'infiltration s'ajoutera donc sinon de la plébite, tout au moins de la lymphangite.

Si la déchirure avait tendance à se cicatriser, on pourrait espérer voir se limiter rapidement cette infection des tissus extra-utérins ; mais tout tend au contraire à l'en empêcher. D'une part, ses deux bords ne s'accolent pas : il arrive ici ce qui se produit quand il y a déchirure du sphincter anal, les extrémités libres du muscle circulaire s'écartent ; en outre les fibres en anse relèvent les deux lèvres du col ; Emmet ajoute que l'utérus alourdi par la grossesse descend dans le vagin et que sa lèvre postérieure, s'accrochant dans le cul-de-sac correspondant, s'éloigne ainsi de la lèvre antérieure. D'autre part, la plaie du col est dans de très mauvaises conditions pour s'organiser : elle est contuse, mobile, le moindre mouvement rompt les adhérences qui pourraient s'organiser, ses vaisseaux sont souvent variqueux et la circulation s'y fait mal, entravée en haut par la rétraction utérine, gênée sur les côtés par le phlegmon péri-utérin ; la lymphe et le sang s'accumulent donc dans ce point déclive ; les lochies, les liquides vaginaux, le sang baignent cette surface à vif et constituent un milieu très favorable au développement des micro-organis-

mes qui sont normalement dans le vagin ou qu'on y a introduits pendant l'accouchement. Enfin il faut mettre aussi en ligne de compte l'affaiblissement de la malade et cette tendance à la suppuration si remarquable dans l'état puerpéral.

Ces mots « tendance à la suppuration » pourraient faire croire qu'il y a là une inconnue ; mais la microbiologie nous donnera probablement bientôt le mot de l'énigme. On peut même dire qu'aujourd'hui le caractère infectieux de la septicémie puerpérale, bien que mal défini histologiquement, n'est pas niable quand on ne tient compte que des faits cliniques. M. Siredey, entre autres auteurs, donne, dans son livre sur les maladies des nouvelles accouchées, de nombreuses observations très probantes de fièvre puerpérale dont le germe a été apporté par l'accoucheur, ses aides ou les instruments. Il est probable même que la contagion est nécessaire. En effet, bien que normalement Winter ait trouvé dans le vagin et le col de femmes saines le *staphylococcus pyogenes albus* dans la plupart des cas, et quelquefois le *staphylococcus pyogenes citr*, il est à remarquer qu'on ne les rencontre jamais dans la cavité utérine ; ce dernier fait a été constaté aussi par Strauss et Sanchez-Toledo chez les femelles des animaux. Les lochies même, d'après Döderlein et Doléris, ne contiennent pas de micro-organismes quand les suites de couches sont apyrétiques et régulières. Est-ce parce que, comme le prétend Ott de Saint-Pétersbourg, le vagin se trouve au moment de l'accouchement lavé par les

eaux de l'amnios et balayé par le passage du fœtus, d'où asepsie complète? Cette raison nous semble bien spécieuse. Est-ce parce que les microbes normaux du vagin sont détruits dans la cavité utérine? c'est ce que tendraient à prouver les expériences de Strauss et Sanchez : des micrococques phlogogènes introduits dans l'utérus de lapines n'y provoquent aucune réaction, tandis qu'inoculés sous la peau ils sont bientôt suivis de suppuration. Faut-il supposer que l'utérus de la femme serait un meilleur milieu de culture que celui des divers animaux expérimentés? Nous aimons mieux faire intervenir la contagion pour expliquer comment chez les femmes ayant de la fièvre et des symptômes de péri et paramétrite, Dœderlein a trouvé le streptococcus pyogènes dans les lochies, comment Péraire a découvert dans les sécrétions utérines une bactérie rectiligne mobile et des cocci accouplés par 2, par 4 ou en chaînettes, cocci qui isolés, cultivés et inoculés dans le vagin de lapines, y provoquèrent une vaginite avec fièvre qui dura une dizaine de jours. Cette contagion se fait le plus souvent par l'extérieur; mais l'utérus même peut en être le point de départ quand, au moment de la grossesse, il était le siège d'une métrite blennorrhagique ou infectieuse, remontant à un accouchement précédent, ou quand des substances putrescibles (placenta, caillots) restent un certain temps dans sa cavité. D'où les indications auxquelles nous faisons allusion en disant que les conséquences des déchirures du col résultent de leur siège, de leur profondeur, et d'autre part, des soins

donnés à la femme après la délivrance : fait-on du vagin et de l'utérus (si les antécédents en démontrent la nécessité) un milieu aseptique, les déchirures se réuniront par première intention; Emmet admet cependant que quand elles sont très profondes, elles restent béantes et se cicatrisent par envahissement de l'épithélium vaginal. Il en est probablement ainsi dans quelques cas, puisque, comme nous le verrons, il y a une variété d'éversion du col sans endocervite. Que le vagin ou l'utérus soient septiques, et l'on verra se dérouler toute la série des inflammations utérines et péri utérines.

SYMPTOMES

Pour mettre un peu d'ordre dans la description symptomatique, nous serons obligé d'adopter une division arbitraire, mais qui nous permettra de faire une classification facile pour l'étude clinique.

1° L'élément infectieux provoque une fièvre puerpérale intense avec phlegmon péri-utérin, péritonite ou accidents généraux entraînant rapidement la mort. Quand, par hasard, ces terribles complications guérissent, les symptômes consécutifs seront les mêmes que dans le deuxième cas de notre divi-

sion symptomatique; nous n'en dirons rien de plus, cette étude étant à proprement parler celle de la fièvre puerpérale.

2° Déchirure avec lymphangite péri-utérine et autres symptômes évoluant d'une façon bénigne.

3° Déchirure sans complications inflammatoires.

Éliminons tout de suite ces dernières qui, rares autrefois, tendent à devenir plus fréquentes aujourd'hui, grâce aux progrès de l'antisepsie. (La dernière statistique de la clinique de Breslau, portant sur 1154 accouchements, ne signale de la fièvre que chez 8 % des accouchées). Les signes auxquels on peut reconnaître ces déchirures au moment de l'accouchement sont assez vagues, à part le cas où se produit une hémorrhagie due à la rupture d'une grosse veine variqueuse ou de l'artère circulaire du col, quand la plaie est très profonde. Si la délivrance est faite, et l'utérus bien rétracté, l'écoulement du sang ne pourra avoir que deux origines : le col, le vagin ou la vulve, d'une part; la rétention de débris du placenta dans la cavité utérine, d'autre part. Cette dernière cause donnera lieu à une hémorrhagie intermittente avec coliques au moment de l'expulsion des caillots. Dans les lésions du col et des parties sous-jacentes, au contraire, le sang s'écoule d'une façon continue et sans douleurs; il sera facile de constater de visu que la vulve n'est pas intéressée, le spéculum complétera le diagnostic et montrera si la plaie siège sur le col ou le vagin. Il ne faut guère compter sur les renseignements fournis pour le tou-

cher, en raison de la consistance molle des organes à cette époque. Bartlett (*Arch. Tocol.* 1885, p. 1038) prétend cependant que si l'on explore l'orifice cervical au moment où le placenta y est engagé, on se rend bien compte du point où le col déchiré n'est plus interposé entre le doigt et le délivre. Pendant les jours qui suivent l'accouchement, la lacération reste inaperçue pour les mêmes raisons, si l'on se contente de pratiquer le toucher. Plus tard la déchirure offre des caractères morphologiques spéciaux que nous décrirons plus loin en faisant une étude d'ensemble des divers aspects que peut présenter le col chez les multipares.

Restent les ruptures qui, ayant été infectées, s'enflamment, suppurent et sont accompagnées d'accidents tournant à la guérison. Inutile de dire qu'ici encore l'hémorrhagie peut être le premier symptôme. Voyons immédiatement quelles sont les parties susceptibles de s'enflammer et comment se manifeste cette réaction contre l'invasion du microbe.

Nous ne voulons pas revenir sur la question des phlébites et lymphangites puerpérales, qui ne se rattache qu'indirectement à notre sujet; mais nous ne pouvons nous empêcher de signaler ce fait que depuis longtemps la déchirure du col a été notée comme pouvant être la porte d'entrée de l'infection. Déjà Duparcque, en 1839, dans son livre sur les maladies de la matrice, t. II, chap. des ruptures et déchirures de l'utérus, dit : « D'autres fois, les ruptures du col qui n'ont pas atteint le péritoine, ni

empêché la terminaison naturelle ou artificielle de l'accouchement, deviennent la cause d'inflammation, de suppuration et d'abcès sous-péritonéaux consécutifs. » Il nous serait facile de multiplier les citations. Emmet, en 1862, commence à entrevoir sa théorie de la cellulite post-puerpérale ; reconnaissant le rôle prépondérant de la déchirure dans certains accidents tardifs, il fait sa première trachélorrhaphie. N. Guéneau de Mussy (*in arch. gen. de méd.* 6^e série, t. 5, p. 129) indique comme étiologie des phlegmons du ligament large la phlébite et la lymphangite nées des organes génitaux et principalement des déchirures du col « comme, dit-il, certaines lymphangites venant à la suite de gerçures du sein, aboutissent à des abcès mammaires ». Siredey, J.-L. Champonnière en 1884, Bouilly dans un récent article de la *Semaine médicale*, Doléris dans ses *Nouv. arch. d'obst. et gynéc.* 1888, adoptent une opinion semblable. Remarquons que tous ces auteurs ne refusent ni à la plaie placentaire, ni aux trompes la faculté de servir aussi d'intermédiaire entre l'utérus et les organes du petit bassin pour le transport des agents d'infection ; mais ils signalent la déchirure du col comme une voie facile, tout ouverte et particulièrement bien placée pour être contaminée. Nous avons dit pourquoi nous nous rangeons à cette manière de voir qui n'a rien d'exclusif ni d'absolu ; mais tout en faisant ces réserves sur une question qui n'est pas encore définitivement tranchée (*voir séance de la Soc. de Chir., le 14 novembre 1888 et les suivantes*), nous

allons nous efforcer de démontrer qu'il est logique de donner à la lacération du col le rôle que nous lui assignons dans les accidents post-puerpéraux.

Si ce rôle lui a été refusé jusqu'à présent, c'est, croyons-nous, à cause d'une fausse interprétation des symptômes qui généralement l'accompagnent. L'attention est forcément mise en éveil quand un phlegmon péri-utérin ou une péritonite se déclarent nettement avec leur cortège habituel de fièvre, douleurs, etc... Mais il est probable que beaucoup plus souvent qu'on le croit, la réaction est bien moins violente; on a un peu de lymphangite, un peu de phlébite, une fièvre qui tombe en quelques jours; un examen rapide révélera peut-être un peu de douleur au pourtour de l'utérus; mais elle aussi disparaît rapidement et parfois d'une façon définitive, ou bien au contraire, quinze, vingt jours après l'accouchement, on a une recrudescence des symptômes ci-dessus, le noyau inflammatoire s'est réveillé à la première occasion et il évolue vers la suppuration. N'est-ce pas là le tableau classique du phlegmon du ligament large? Et cette accalmie qui succède si rapidement aux premiers signes d'infection n'explique-t-elle pas bien comment Jacquemier ne signale qu'un cas de phlegmon sur trois mille accouchements? Cette rechute elle-même n'est pas constante; combien voit-on de femmes qui portent impunément dans leur tissu cellulaire péri-utérin un ou des noyaux indurés, reliquat d'une ancienne inflammation méconnue.

Il faut donc admettre qu'à côté des symptômes francs de la septicémie puerpérale, il en est d'autres très atténués, bien que dûs, d'après Döderlein et Czerniewski au même coccus. M.J.-L. Championnière dans sa thèse (1870) a en effet décrit une lymphangite utérine bénigne, et a insisté sur sa grande fréquence, la dénonçant même comme la complication la plus constante de l'accouchement. Il a signalé en outre ce fait que, comme toutes les affections des vaisseaux lymphatiques, elle apparaît et disparaît rapidement, n'étant en somme grave dans la majorité des cas, que par ses conséquences éloignées. Or, qu'arrive-t-il dans ces déchirures du col qui, d'après nous, passent inaperçues au moment de l'accouchement et plus tard se révèlent par toute une série d'affections chroniques? Ne peut-on, ne doit-on pas logiquement admettre qu'il s'y greffe une de ces lymphangites bénignes, puisque la rupture cervicale est forcément contaminée dans la majorité des cas. Nous dira-t-on que le contrôle anatomo-pathologique manque? Non, car s'il n'a pas été fait dans le but de démontrer l'infection de la déchirure, on trouve dans les auteurs des observations multiples qui ont été dressées quand on cherchait à dévoiler l'origine lymphatique du phlegmon péri-utérin. Celles de ces observations, et elles sont nombreuses, où est notée la lymphangite du col, sont applicables à notre sujet, car étant donnée la fréquence des déchirures, on doit admettre qu'un certain nombre de ces angioleucites sinon toutes, peuvent avoir pour porte d'entrée la lacé-

ration. N'est-ce pas là un fait commun et reconnu de la pathologie générale que cette susceptibilité particulière du système lymphatique se manifestant à la moindre érosion épithéliale? Le contrôle clinique, il est vrai, est mal établi; nous avons dit pourquoi: la douleur, la tuméfaction, la fièvre sont souvent fugaces, à peine marquées; nombre des soi-disant « fièvres de lait » doivent être considérées comme des réactions d'origine génitale; on le sait, mais on n'a pas exactement analysé ces symptômes, du moins au point de vue qui nous occupe. Siredey cependant fait remarquer que la douleur est généralement localisée aux côtés de l'utérus, ce qui la distingue des tranchées; qu'un seul de ses bords ou les deux peuvent être sensibles, ce qui correspond peut-être aux déchirures simples ou doubles. Jacquelot dit que la douleur est un peu plus prononcée du côté lésé, probablement à cause d'une lymphangite concomitante. Doleris et Mangin, dans un article paru en 1888 dans les *Nouvelles arch. d'obst. et gyn.*, p. 509, sont plus affirmatifs; la phlébite et la lymphangite, disent-ils en substance, ne sont pas une complication nécessaire de la déchirure, mais on ne peut admettre que si pendant les couches le col suppure, il n'y ait pas une réaction générale. En cherchant bien alors, Doleris a presque toujours trouvé « une zone indurée, douloureuse, péri-cervicale, exactement juxtaposée aux tissus déchirés, et paraissant faire corps avec eux. » En outre, dans l'angle de la déchirure, en contact avec ce noyau de paramétrite, on sent un

nodule inflammatoire développé aux dépens du tissu utérin. D'après Doleris, on aurait donc non seulement déchirure et lymphangite extra utérine, mais encore endométrite, c'est-à-dire inflammation de ce ganglion étalé qui constitue la muqueuse utérine. Cette conclusion s'impose si l'on admet l'inflammation des lymphatiques voisins de l'utérus; ils sont en communication trop intime avec ceux de la muqueuse cervicale pour qu'il en soit autrement, et d'ailleurs ceux-ci sont en contact avec les mêmes agents phlogogènes que ceux-là.

La déchirure du col, si elle se fait dans un milieu septique, se complique donc, même dans les cas en apparence les plus bénins, de paramérite et d'endométrite. Nous disons « paramérite » parce qu'ici comme partout ailleurs, il est probable que l'inflammation ne se cantonne pas dans les vaisseaux lymphatiques, qu'elle se propage aux parois de ces vaisseaux, et de là au tissu cellulaire ambiant; qu'elle envahit aussi les veines, plus rarement peut-être que les lymphatiques, en raison d'une susceptibilité moindre tous les jours démontrée par l'intégrité que conservent les veines au milieu de foyers purulents. Négligeant donc, sans le nier, ce dernier élément de la question, nous croyons pouvoir affirmer qu'en thèse générale une déchirure du col, même bénigne, n'est point seulement caractérisée par une lésion purement morphologique, à laquelle l'opération d'Emmet remédiera entièrement, mais qu'il y a en outre une lésion in-

flammatoire demandant à être traitée en même temps si l'on veut obtenir une guérison définitive.

L'étiologie et la pathogénie nous montrent l'inflammation envahissant presque fatalement un col lacéré; d'autres preuves de ce fait nous sont fournies par :

1° Le résultat du traitement quand on s'est borné à faire la trachélorrhaphie; on trouve en effet de nombreux insuccès en consultant les statistiques; nous ne citerons que celle de Munde, en raison de l'autorité de ce chirurgien et surtout à cause de la raison qu'il donne de ses échecs: sur 84 cas, il en a eu 10, dans lesquels la guérison ne s'est pas maintenue parce que, dit-il, le traitement préparatoire avait été négligé ou incomplètement fait. Nous trouvons aussi, dans Emmet, plusieurs cas analogues; cet auteur insiste longuement sur la nécessité absolue d'un traitement préparatoire qui consiste en application de tampons glycerinés, de tannin, de teinture d'iode... N'est-ce pas là le traitement de la métrite? Il admet d'ailleurs la coexistence fréquente de cette complication, bien qu'il la fasse dériver d'une tout autre cause que l'infection puerpérale. Reste à expliquer comment certaines trachélorrhaphies ont réussi, bien que faites d'emblée sur un utérus non « *préparés* ». D'abord, on peut dans ces cas avoir eu à traiter des déchirures sans inflammation; en second lieu, même s'il y a endocervite, le procédé opératoire d'Emmet permet, croyons-nous, de répondre à cette objection. Remarquons que l'avivement des lambeaux s'étend fort loin; étant donné, comme nous le démon-

trerons plus loin, qu'un des effets consécutifs à la déchirure est l'ectropion de la muqueuse cervicale, il est probable que dans les cas où la métrite n'a pas dépassé l'isthme, toute la muqueuse malade se trouve comprise dans la partie dénudée par le bistouri ; on a donc du même coup supprimé la métrite et préparé l'affrontement des surfaces déchirées. Schröder pratique une opération analogue à celle d'Emmet ; il la fait sans traitement préparatoire, mais lui aussi évide le col, et plus profondément encore que l'auteur américain ;

2° L'examen microscopique vient confirmer notre opinion sur l'origine puerpérale de la métrite cervicale. Péraire a trouvé dans des cols déchirés et atteints de métrite les mêmes micrococques que dans les lochies des nouvelles accouchées ;

3° Une preuve négative nous est donnée par ce fait que les incisions faites sur le col dans un but chirurgical sont très rarement accompagnées d'accidents inflammatoires ; n'est-ce pas en raison des précautions antiseptiques, dont on s'entoure dans ces opérations ?

4° Enfin, en décrivant ce qu'est la déchirure du col plusieurs mois après l'accouchement, nous allons voir que c'est elle qui, dans la plupart des auteurs, est classée sous le nom de métrite ; bien que ce ne soit pas là un argument applicable à l'étiologie de l'endocervite chez les femmes fécondes, on n'en devra pas moins conclure que la métrite est la complication habituelle de la lacération du col.

Prenant toujours comme type la rupture cervicale à évolution bénigne, nous allons décrire les symptômes physiques d'abord, puis les symptômes fonctionnels.

A. Réunissons dans une vue d'ensemble les symptômes capitaux pour bien en saisir l'enchaînement. Il se fait une déchirure, elle s'enflamme, d'où paramétrite d'une part (zone indurée, douloureuse, juxtaposée aux tissus lésés, fièvre); métrite d'autre part: la douleur, les symptômes généraux tombent en quelques jours: restent les lésions locales. Voyons comment elles évoluent au niveau du col de l'utérus; nous décrirons ensuite les symptômes propres au corps et qui sont dûs surtout à l'arrêt d'involution que l'on constate dans la plupart des cas que nous avons en vue.

La déchirure du col se cicatrisera lentement par des bourgeons charnus partant du fond de l'angle dièdre que forme la plaie, se réunissant tant qu'ils sont en contact, se cicatrisant isolément quand ils sont éloignés: dans ce dernier cas ils sont recouverts par les épithéliums du vagin en bas, du col en haut, lesquels empiètent peu à peu sur les deux surfaces cruentées. On a ainsi, en définitive, ou bien une cicatrice épaisse, comprenant toute l'épaisseur du col, ou bien deux lèvres béantes dont la commissure est constituée par un nodule cicatriciel plus ou moins volumineux. Ce dernier cas est le plus fréquent; nous l'avons attribué à la rétraction des fibres circulaires qui écartent les deux bouts du muscle sec-

tionné, et des fibres en anse qui attirent en haut et déroulent les lèvres du col. Cette interprétation est confirmée par une intéressante remarque de M. Doleris ; il a vu chez certaines multipares une érosion considérable du col coïncidant avec une déchirure minime dont l'étendue se modifiait rapidement sous des influences purement nerveuses : « le calme ou un traitement insignifiant, point topique, diminuait parfois, l'érosion (c'est-à-dire l'éversion) de moitié ou des deux tiers, et cela en très peu de temps. » Sur des utérus prolabés, faisant saillie à la vulve, Beck a en outre constaté que des frictions sur le col amènent des mouvements successifs de dilatation et de resserrement de l'orifice externe.

A l'éversion succède bientôt l'ectropion. A vrai dire, la différence existant entre ces deux termes est vague ; cependant nous croyons qu'il serait avantageux de les distinguer nettement, et, nous autorisant de la description de M. Bouilly, nous dirons qu'il y a ectropion lorsqu'au renversement des lèvres du col s'ajoute un prolapsus de la muqueuse irritée : « inflammation chronique de la muqueuse, hypertrophie de cette muqueuse et des tissus sous-jacents, glandes et tissu cellulaire, renversement à l'extérieur de tous ces tissus trop à l'étroit, tel est à notre sens l'enchaînement des phénomènes ». Pour mieux faire comprendre notre pensée, ajoutons que chez les impares, quand il y a endocervite, on peut avoir ectropion, bien qu'il n'y ait pas éversion. Tant qu'il n'y a qu'éversion, la muqueuse conserve son aspect

ordinaire ; on y distingue très bien les plis de l'arbre de vie ; quand il y a ectropion, on y trouve toutes les lésions habituelles de la métrite, si bien décrite par M. Cornil dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu ; c'est-à-dire que outre l'hypertrophie de la muqueuse, sa coloration rouge foncé, sa consistance molle, l'hypersécrétion de ses glandes, on peut y rencontrer toutes les variétés de métrite : hypertrophie des vaisseaux, des glandes surtout ; oblitération de leurs conduits, d'où des œufs de Naboth qui restent enfoncés dans le parenchyme, ou se pédiculisent, ou éclatent et forment de petites ulcérations à pic : plissement de la muqueuse, d'où aspect trompeur de papilles hypertrophiées, etc. Nous ne voulons pas insister sur l'anatomie pathologique de ces lésions que nous allons reconnaître en faisant le diagnostic de la déchirure du col ; nous ne ferons qu'une remarque qui a une importance capitale au point de vue du traitement. L'ulcération proprement dite avec desquamation épithéliale est rare et par conséquent l'emploi des caustiques pour cicatrifier cette prétendue plaie ne trouve pas souvent sa justification. Quand il n'y a qu'éversion en effet, bien que la muqueuse cervicale soit absolument un type de ce que Rüge et Veit ont décrit comme érosion simple, le microscope démontre qu'en réalité la muqueuse est normale. L'épithélium ne tombe guère que quand un kyste glandulaire s'ouvre, ou quand survient une violente poussée inflammatoire, et encore est-il promptement réformé (Doleris). Emmet (p. 98) croit

en outre que des ulcérations vraies peuvent résulter du contact trop prolongé de la leucorrhée, des frottements du col contre le vagin, ou du coït. Mais considérant l'ulcération comme consécutive à l'endométrite, il n'admet pas non plus l'emploi des caustiques qui, en cicatrisant la plaie, ne s'adressent pas à la cause qui l'a produite. Peut-être enfin l'épithélium peut-il tomber quand la circulation est trop gênée dans l'utérus et ses annexes ; il se produirait là des lésions semblables aux troubles de nutrition que l'on constate dans les membres où l'apport de sang se fait incomplètement.

Le diagnostic des déchirures du col est délicat en raison de la multiplicité d'aspects que peut prendre la muqueuse sous l'influence de la métrite et des traitements qu'on lui oppose, en raison aussi des modifications du col sous l'influence de la lacération et de ses complications. Nous prendrons comme guides dans cette description l'article de M. Bouilly et l'ouvrage d'Emmet, p. 452 :

1^o Déchirure du col réunie par première intention ; dépression recouverte par la muqueuse, à peine sensible au toucher, n'entraîne aucune complication ;

2^o Déchirure du col dont les lèvres se sont cicatrisées isolément par première intention ; elles sont minces, parfois hypertrophiées ; éversées ou non, on voit la muqueuse cervicale saine, rosée, et les plis de l'arbre de vie ; sauf les cas d'hypertrophie notable la lésion est généralement ignorée.

3^o Déchirure du col bilatérale dont les lèvres se

sont cicatrisées isolément après suppuration; ici nous aurons des symptômes de métrite et autres accidents qui se sont développés lentement; d'après Emmet il s'écoule en moyenne 5 ans entre l'accouchement et le jour où la malade vient demander une première consultation. Ces cas étant fréquents, nous allons y insister.

Comme antécédents, on trouve généralement un ou des accouchements laborieux; plus souvent, un seul, le dernier a été suivi de fièvre, douleurs abdominales, parfois de phlegmatia alba dolens; la montée du lait s'est faite tardivement ou incomplètement. Quelques mois après sont apparues des douleurs sourdes dans les reins et le bas-ventre, de la leucorrhée, des ménorrhagies, etc... Depuis lors il n'y a pas eu de nouvelle grossesse.

Au toucher on pénètre directement dans le col à une certaine profondeur, et l'on remarque que son orifice se prolonge à droite et à gauche, parfois jusque dans les culs-de-sac vaginaux. Les lèvres du col sont hypertrophiées, généralement molles, donnant une sensation rappelant le contact du velours (petites végétations), ou bien on y distingue vaguement des fongosités plus volumineuses; on sent des granulations dures, arrondies, grosses comme une tête d'épingle et plus (kystes), ou des nodules également durs siégeant principalement dans l'angle de la déchirure (cicatrices). Il est difficile d'introduire le doigt dans les culs-de-sac vaginaux, car ils semblent remplis par cette masse; mais

quand on l'a franchie et que l'on fait le tour du col, on se rend bien compte de la disposition de ses lèvres renversées en dehors, simulant un champignon à demi-ouvert qui serait implanté dans le col; de chaque côté, souvent on trouve dans l'épaisseur des culs-de-sac latéraux des brides fibreuses déjà signalées en 1867 par N. G. de Mussy, qui se continuent avec la déchirure du col et n'en sont que la prolongation. L'utérus peut être abaissé et dévié. Enfin il n'est pas rare de rencontrer dans les ligaments larges des signes d'une inflammation des annexes ancienne ou récente.

Avant d'aborder l'examen au spéculum, deux mots sur le choix de cet instrument. On a reproché au Cusco et aux spéculums bivalves en général de dilater le fond du vagin et de déformer le col en augmentant l'éversion de ses lèvres; en outre il arrive que les valves vont buter contre ces dernières au lieu de les embrasser dans leur circonférence. Ces inconvénients sont réels et pourraient dans certains cas nuire au diagnostic; mais c'est là l'exception, et bien que les valves de Sims soient préférables, il n'y a cependant pas de raison majeure pour abandonner le Cusco, le Bouveret ou tout autre que l'on a l'habitude de manier. Ces instruments offrent même un avantage que l'on n'a pas avec le Sims et que nous verrons plus loin. — Le spéculum en place, la première chose qui frappe, c'est la quantité de sécrétion visqueuse, tenace, muqueuse ou mucopurulente qui recouvre le col et emplît le fond du

vagin; il est difficile dans la plupart des cas de l'enlever sans provoquer un suintement sanguin. Quand le col est bien détergé, on verra que son orifice présente une fente large de 2 à 3 centimètres et plus, souvent compliquée de fissures siégeant sur les lèvres antérieures et postérieures, mais cicatrisées : sur ces lèvres hypertrophiées, sont diversement groupées les altérations ordinaires de la métrite; très marquées dans le fond de la déchirure, elles envahissent habituellement toute la hauteur des lèvres éversées et parfois même semblent empiéter sur la face vaginale du col. Vient-on à juxtaposer ces deux lambeaux, cette vaste ulcération (nous employons le mot consacré par l'usage) disparaît et le col reprend une forme voisine de la normale. Pour cette manœuvre, deux procédés sont applicables; si l'on se sert des valves de Sims, on piquera chacune des lèvres du col avec un ténaculum pour les rapprocher; si l'on se sert d'un spéculum bivalve, après l'avoir introduit à fond en le tenant largement ouvert, on le refermera doucement en tirant légèrement à soi.

4°. Dans les déchirures unilatérales, les symptômes sont les mêmes, mais moins nets, plus difficiles à constater: l'orifice du col, au toucher, est latéral et ses lèvres éversées se replient comme dans le cas précédent; le col est par conséquent moins haut du côté déchiré que de l'autre; aussi semble-t-il qu'au spéculum son orifice dût paraître oblique de haut en bas; mais il n'en est rien et le fond de la déchirure est de niveau avec la commissure opposée de l'orifice

cervical. Emmet en donne l'explication suivante : « Les lambeaux se séparent, les deux bords et le côté intact forment un trépied ayant deux jambes plus courtes que la troisième, en sorte que le fond doit nécessairement s'incliner vers le côté atteint ». La cellulite qui en outre se développe par le fait de la lacération redresse d'abord, il est vrai, l'utérus; mais plus tard, quand se fait une cicatrice rétractile, elle l'attire en sens inverse. La sonde même donnera des renseignements erronés, car par suite de l'obliquité du corps de l'utérus, au lieu d'aller buter contre son fond, elle s'engage dans la corne opposée à la déchirure et indique une profondeur plus considérable que celle qui existe en réalité.

Tous les modes d'exploration conduiront donc à confirmer une erreur et à faire prendre une déchirure étalée pour une ulcération plate. Emmet ajoute que dans les cas douteux il est bon de faire prendre à la malade la position génu-pectorale, l'utérus reprend sa situation normale, s'il n'est maintenu par des adhérences, et l'on peut alors juger en toute certitude de la profondeur de la rupture et voir si elle s'est étendue jusqu'aux parois vaginales.

5°. Quelle que soit la déchirure, le col, avons-nous dit, présente les altérations de la métrite chronique : les fougosités, granulations, œufs de Naboth, sont bien connus et partout décrits ; mais il arrive souvent que quand on a à explorer un col lacéré il a déjà subi divers traitements, des cautérisations surtout, qui ont totalement modifié sa surface. Notons donc que la

pseudo-ulcération peut-être parfaitement plate, sans saillie, vernissée; l'épithélium cylindrique a fait place à un épithélium pavimenteux stratifié, et la teinte même de la surface ectropiée est sensiblement la même que celle du vagin. Mais le plus souvent il reste de petites bosselures kystiques et des brides cicatricielles déprimées, parmi lesquelles une plus profonde indique la direction de la déchirure.

6° On aura un aspect analogue quand, malgré la suppuration, la rupture cervicale se sera réunie après l'accouchement.

7°. Chez les vieilles femmes enfin, le col s'est rétracté. Tout au plus voit-on un orifice transversal mal limité par deux lèvres à peines saillantes; mais on retrouve parfois dans les culs-de-sac vaginaux des brides cicatricielles transversales.

B. Il nous est difficile de grouper en un chapitre spécial les symptômes fonctionnels de la déchirure en elle-même, sans nous exposer dans la suite à des redites continuelles; presque tous, en effet, relèvent des maladies concomitantes ou des complications; nous préférons en exposer plus loin un tableau d'ensemble et rapprocher des symptômes physiques que nous venons d'exposer, la description des maladies qui peuvent simuler les altérations du col.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1° La déchirure simule parfois l'hypertrophie sous-vaginale du col, mais cette pseudo-hypertrophie disparaîtra d'elle-même, quand, la femme étant en position pectorale, et le vagin largement dilaté par une valve de Sims, l'utérus aura repris sa place normale, tant à cause de son poids que de la pression atmosphérique qui corrige son prolapsus (?) : le rapprochement des deux lèvres du col démontrera qu'il a sa longueur habituelle. Après la trachelorrhaphie d'ailleurs, la cavité de l'utérus mesurée à l'hystéromètre ne dépasse point les dimensions ordinaires, sauf quand le corps de l'utérus était lui-même dilaté avant l'opération ; mais même dans ce cas, il subit un retrait notable qu'Emmet attribue à la perte de sang provoquée par l'avivement.

2° Un col, ayant subi des cautérisations assez énergiques pour entraîner une perte de substance, peut être pris pour un col déchiré ; la connaissance des antécédents suffit pour éviter cette erreur.

3° La métrite peut reconnaître une cause autre que la déchirure du col ; c'est ainsi qu'il n'est pas absolument rare de la constater chez des vierges (Gallard), ou des femmes n'ayant jamais ni accouché, ni avorté. On peut même, chez ces malades, avoir des

lésions remarquablement étendues, un ectropion, énorme et déformant l'orifice cervical. Emmet en cite un cas frappant « chez une jeune fille qu'il avait vue grandir et qui était au-dessus de tout reproche » (Obs. XXXVII, p. 454). Dans ce cas, on remarquera que le col est uniformément hypertrophié et douloureux, et surtout que l'ectropion, s'il n'est point réductible par les manœuvres que nous avons indiquées à propos des déchirures, disparaît ou s'améliore par contre très rapidement avec le traitement habituel de la métrite.

4° Entre le cancer et la métrite chronique ancienne, il est souvent presque impossible de poser un diagnostic certain; les symptômes fonctionnels mêmes sont très trompeurs. Dans les deux cas on peut avoir des douleurs intenses; rappelons à ce sujet que le premier signe qui attirera l'attention sur les lacérations du col, ce fut la douleur qui fit donner par Roser, à cette lésion, le nom d'ectropion cicatriciel douloureux. La leucorrhée peut être extrêmement abondante dans la métrite et consituer même un symptôme capital; Schwartz (*Ann. gynéc.* Fév. 1889, p. 134) cite trois observations de diagnostic difficile; dans l'une d'elles, on remarque des pertes abondantes d'eaux rousses, comme dans l'épithélioma. Les hémorrhagies abondantes seraient peut-être un signe en faveur du cancer; cependant, quand l'endocervite s'accompagne d'endométrite, on a fréquemment des pertes de sang considérables. L'odeur de ces sécrétions parfois bien particulière n'est cepen-

dant point un indice assez caractéristique pour pouvoir baser sur lui seul un diagnostic. Enfin, la cachexie elle-même, quand elle ne repose que sur une appréciation de la teinte de la peau, de l'amaigrissement, etc..., constitue un élément variable suivant des conditions multiples et bien propres à induire en erreur et la malade et le médecin. Il est évident que quand il y a généralisation, oedèmes par thrombose, antécédents d'une tumeur maligne au sein ou ailleurs, quand la femme est âgée..., le cancer devient plus probable et peut même être souvent affirmé sans qu'il soit nécessaire de pratiquer un examen local. Mais à part ces cas, nous croyons qu'il serait imprudent de se baser sur une cachexie qui peut très bien être confondue avec le facies utérin ou anémique.

Passant à l'examen du col utérin, nous allons voir qu'ici encore, si certains cas sont bien tranchés, il en est d'autres dans lesquels l'examen microscopique même donne des résultats douteux. On a essayé de différencier les fongosités de la métrite de celles du cancer, en disant que celles-ci sont plus friables, plus saignantes, à large implantation, à base indurée ; mais n'a-t-on pas de ces métrites dont les granulations s'écrasent et saignent au moindre attouchement ? Une déchirure du col, une cicatrice de cautérisation énergique, le tissu utérin rétracté dans une ancienne endocervite ne donnent-ils pas la sensation d'une base indurée ? De la disposition des bosselures on a cependant tiré une indication qui peut être utile

dans certains cas : les mamelons du cancer sont disposés irrégulièrement, tandis que ceux qui sont dûs à des déchirures étoilées du col sont séparés les uns des autres par des sillons cicatriciels convergeant tous vers l'orifice cervical. D'autre part, l'affaissement des bourgeons charnus sous l'influence des topiques constitue un bon indice de métrite chronique quand il se fait rapidement ; l'ulcère résiste-t-il aux traitements locaux, il est probable que l'on a affaire à un cancer. Mais là encore, que de causes peuvent faire évoluer les lésions d'une façon absolument opposée. Il semblerait que l'immobilisation du corps de l'utérus soit un signe se rapportant mieux au cancer qu'à la métrite ; mais il faut se rappeler combien dans cette dernière maladie il est fréquent d'avoir des complications du côté des annexes, noyaux de cellulite, bandes fibreuses dans les ligaments larges, fausses membranes du péritoine, qui maintiennent l'utérus dans une position vicieuse que l'on ne peut corriger, et qui d'autre part peuvent simuler les ganglions ou adhérences cancéreuses.

L'examen microscopique reste en dernière ressource. Les avis des auteurs sont partagés sur sa valeur : Abel croit difficile de distinguer la métrite du cancer quand le tissu musculaire est envahi ; Sneguireff qui dans son livre sur les hémorragies utérines donne une longue description du carcinôme du col, dit que sur dix cas, le diagnostic fait par ce procédé ne s'est justifié, qu'une fois : Cornil et Brault (*Bull. soc. anat.* 1888, p. 57) sont aussi hésitants et ne veulent dans certains

cas se prononcer qu'après examen de l'utérus entier, afin de pouvoir y faire des coupes régulières, les débris de raclage étant insuffisants pour avoir des préparations bien nettes ; dans ce cas on ne peut donc avoir qu'un diagnostic post-opératoire. Qu'il y ait mètrite, tant que l'inflammation n'est pas bien vive, on n'a guère que des transformations de l'épithélium superficiel, dont les cellules deviennent très longues, étroites, et augmentent de nombre ; ces changements se font aussi dans l'épithélium glandulaire à une profondeur plus ou moins grande ; il en résulte que le conduit excréteur se trouve en partie déformé, dilaté par place. Jusqu'ici le diagnostic différentiel est facile. Mais quand l'inflammation est plus intense, les cellules glandulaires s'altèrent dans leur forme, prolifèrent et s'accumulent en plusieurs couches superposées ; les culs-de-sac gonflés émettent des prolongements dans diverses directions et s'insinuent dans les interstices musculaires ; le tissu conjonctif interglandulaire, si peu développé normalement, s'hypertrophie ; on y trouve de nombreuses cellules embryonnaires dont quelques-unes sont devenues fusiformes ; ses vaisseaux sont considérablement dilatés. Dans les tumeurs malignes, dans la sarcôme notamment et dans le polyadenôme, les altérations sont sensiblement les mêmes, et le diagnostic repose beaucoup plus sur l'agencement particulier des cellules que sur leur conformation. En effet, M. Cornil dit qu'une glande atteinte de dégénérescence épithéliomateuse se distingue surtout d'une glande apparte-

nant à une muqueuse enflammée, en ce que la lumière de son conduit est effacée, et en ce que ses cellules s'infiltrant entre les fibres musculaires après avoir rompu la membrane limitante de la glande, dont on ne retrouve plus de traces.

COMPLICATIONS DES DÉCHIRURES DU COL

Les complications des déchirures du col sont nombreuses ; certaines d'entre elles sont si fréquentes que nous les avons décrites dans la symptomatologie ; telles sont la lymphangite et l'endocervite ; nous n'envisagerons donc ici que les accidents qui peuvent compliquer les lacérations cervicales, mais n'en sont pas la conséquence forcée.

1^o Rupture du périnée. La plupart des conditions étiologiques exposées à propos des déchirures du col sont applicables aux ruptures du périnée ; ces deux lésions doivent donc souvent coïncider. Il en résultera un trouble dans la cicatrisation du col et dans la suite un prolapsus utérin, d'où congestion passive qui entretiendra l'endocervite. Emmet attribue une grande influence à la procidence de la matrice qui, d'après lui, aurait pour résultat de couder les veines

du ligament large sur l'arrête formée par le détroit supérieur ; la circulation de retour se trouverait ainsi considérablement entravée, et l'emploi d'un pessaire serait indispensable pour la rétablir. Nous croyons aussi à cette relation de cause à effet, mais nous ne pouvons admettre qu'elle soit aussi importante. Des travaux récents (Villiams 1887, *Revue d'Hayem*, T. XXIX) ont en effet démontré que les déplacements de l'utérus n'agissent qu'à la longue et seulement lorsqu'une inflammation chronique a envahi cet organe.

2° Inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ou des annexes de l'utérus. Nous ne pouvons, bien que cela ait un rapport direct avec notre sujet, entrer dans les développements que nécessiterait un historique même incomplet de la pathogénie de ces lésions. Résumant les diverses opinions émises à ce sujet, nous dirons qu'on peut les rapporter à trois chefs : 1° pelvi-péritonite de Bernutz ; 2° phlegmon péri-utérin de J. L. Championnière et A. Guérin ; 3° inflammation des trompes, ancienne théorie d'Aran, reprise par Lawson Tait, et qui tend aujourd'hui à être adoptée par la majorité des chirurgiens. D'autre part, quel que soit l'organe atteint, l'agent infectieux peut suivre pour s'y rendre deux voies : *A.* soit les lymphatiques du petit bassin (J. L. Championnière) ; *B.* soit la muqueuse utérine, et l'on a alors, comme le dit M. le professeur Trélat, une métro-salpingo-ovario-péritonite. Nous ne saurions dire actuellement quel processus est le plus fréquent,

si la métrite est plus souvent que la cellulite le trait d'union entre la déchirure du col et les inflammations voisines de l'utérus; nous ne voulons retenir de ces discussions qu'une chose : c'est que la propagation peut se faire par deux systèmes (muqueux et lymphatique), qui tous deux sont lésés en même temps que le col; la métrite et la lymphangite accompagnant sa déchirure, celle-ci peut devenir indirectement le point de départ des inflammations chroniques juxta-utérines. Nous n'avons pas la prétention de dire que cette interprétation est exacte dans tous les cas, nous voulons simplement démontrer que parmi toutes les causes réunies au moment de l'accouchement, la lacération du col est une de celles qui en explique les accidents consécutifs. Telle est d'ailleurs l'opinion de M. J.-L. Championnière, de Valleix, de Gosselin, qui va jusqu'à dire que les lésions de l'utérus, lors d'inflammation péri-utérine, sont constantes et que si l'on ne voit pas la déchirure du col, c'est qu'elle est placée au-dessus de l'orifice externe... Ces théories ont été récemment combattues, parce que leurs auteurs considéraient le tissu cellulaire du petit bassin comme l'aboutissant de l'inflammation, tandis qu'aujourd'hui on croit que ce sont les annexes utérines qui sont le plus fréquemment atteints. L'anatomie pathologique jélucidera cette question, mais il n'en reste pas moins acquis que, quel que soit leur siège, les inflammations péri-utérines sont un des accidents les plus fréquents des suites de couches et qui peuvent prendre leur source dans la lacération

du col. Nous ne dirons de leurs symptômes que ce qu'il est nécessaire de savoir pour en retrouver des traces dans les antécédents d'une malade qui vient se plaindre d'une déchirure du col.

Au moment de l'accouchement, elle a eu de la fièvre, des douleurs dans le bas ventre, et tous les autres symptômes accompagnant la lymphangite, mais beaucoup plus intenses, quand il y a eu péritonite ou phlegmon ayant suppuré; elle s'est donc levée au bout d'un temps variable, ne souffrant plus à proprement parler, mais ressentant toujours de la gêne, de la pesanteur dans l'abdomen. Puis cette situation pénible s'est peu à peu accrue; de temps à autre, à l'occasion d'un refroidissement, d'une injection prise mal à propos, d'un excès de coït, des règles surtout, ou de toute autre cause, elle a eu des crises avec anorexie, constipation, état général mauvais, mais température normale ou à peine supérieure à la normale; la douleur abdominale est devenue lancinante, continue avec exacerbations et irradiations dans les lombes, les cuisses. Tous ces symptômes tombent en quelques jours pour peu que la malade garde le repos au lit, et se renouvellent à la première imprudence et même sans raison aucune. Il s'y ajoute presque toujours de la leucorrhée, des métrorrhagies, signes d'une métrite concomitante. La malade, fatiguée par ces rechutes répétés, par les pertes, perd l'appétit, souffre de névralgies diverses, s'anémie; quelques-unes, cependant même après plusieurs années, conservent toutes leurs forces et

leur embonpoint, mais c'est l'exception. Ordinairement elles demandent le secours du médecin au moment d'une récurrence, ou bien la leucorrhée et les métrorrhagies les obligent à venir se faire examiner. Chez ces femmes, Emmet a trouvé dans 20 % des cas de la cellulite, et il est convaincu que nombre d'entre elles en avaient guéri depuis leur dernier accouchement.

On trouve dans le cul-de-sac correspondant à la déchirure, profondément, un épaissement mal limité d'une dureté presque ligneuse, qu'on n'apprécie bien qu'en combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal ou le toucher rectal. Quelquefois, quand cette tuméfaction est récente, ou a un peu d'élasticité, rarement une consistance molle et plus rarement encore de la fluctuation franche ; elle augmente de volume au moment des poussées aiguës, puis revient sur elle-même. Cette tuméfaction est, en outre, douloureuse, et c'est là un bon signe de diagnostic, mais extrêmement variable comme intensité. Enfin, l'utérus est volumineux et dévié par les adhérences ou les tractions cicatricielles. Parfois, à intervalles variables, il est le siège de douleurs expulsives, vives, suivies d'un écoulement aqueux, sanguinolent ou purulent venant de la trompe.

Nous trouvons dans le *Prog. méd.*, 1882, n^{os} 31 et 32, une observation de de Sinety dans laquelle sont décrits des symptômes identiques à ceux que nous venons d'énumérer ; mais dans l'intervalle des crises il était impossible de constater une tumeur extra-uté-

rine ; nous signalons ce fait pour montrer combien il peut être parfois difficile de se rendre compte des complications des déchirures du col et de saisir les indications utiles au traitement.

3° Nous avons négligé de comprendre dans le paragraphe précédent l'ovarite ; M. Doleris la croit fréquente au moment de l'accouchement, car il a souvent constaté que l'ovaire est alors gros et douloureux ; il est en outre rare qu'il soit parfaitement sain quand on extirpe les annexes de l'utérus à la suite d'une maladie chronique de cette région. Il est facile en effet de comprendre que, quelle que soit la voie suivie par l'agent infectieux, l'ovaire se trouve atteint, dans sa couche corticale quand il y a eu péritonite, dans sa couche centrale, quand il y a eu cellulite. La caractéristique de cette complication serait l'existence de douleurs augmentant à l'approche des règles, diminuant lorsqu'elles sont bien établies ; parfois des métrorrhagies sans endométrite et par conséquent purement réflexes (Jacobi, *The amer. Jour of obst.*, avril 1886). Villson, d'autre part, cite un cas où une névralgie de l'ovaire avec augmentation de volume de cet organe fut guérie par la trachelorrhaphie (*Rev. méd. chir. des mal. fem.*, 1886, p. 336).

5° La métrite et la subinvolution utérine vont nous retenir plus longtemps, car leurs effets peuvent se retrouver au bout de plusieurs années, dans le complexe symptomatique de la lésion du col. Nous avons démontré plus haut que l'endocervite est une

complication fréquente de la déchirure du col ; l'inflammation ne se limite pas là, bien qu'il y ait une certaine indépendance physiologique entre le corps et le col utérins ; les communications vasculaires sont tellement nombreuses qu'il est difficile d'admettre que le microbe phlogogène se cantonne dans le col ; sa propagation au corps est, en outre, singulièrement favorisée par l'état dans lequel se trouve sa muqueuse ; à peine reformée, friable, très vasculaire, sans épithélium, elle présente les meilleures conditions d'absorption. Aussi, que l'inflammation soit plus vive au niveau du col, c'est possible à cause de la laceration et de sa position déclive, mais la muqueuse du corps est rarement indemne comme le démontrent le microscope et les accidents tardifs. C'est d'ailleurs là une loi générale de la pathologie des muqueuses : une néphrite succède à une cystite, une otite moyenne à un catarrhe naso-pharyngien, etc.

Cette métrite s'accompagne de subinvolution, même lorsque les accidents primitifs sont bénins. Il serait difficile qu'il en fût autrement quand on songe à quel travail énorme de regression l'utérus se trouve soumis après l'accouchement ; 24 fois plus volumineux et 20 fois plus pesant que quand il est vide, il met normalement six semaines environ à revenir à son volume primitif et trois mois à reconstituer intégralement sa muqueuse. Bien que le phénomène de l'involution ne soit pas complètement élucidé, il semble prouvé qu'une diminution dans l'apport du

sang est nécessaire aux transformations ou dégénérescences cellulaires. Or, après une déchirure du col, l'utérus se trouve, au contraire, congestionné passivement et activement. Passivement, à cause de la lymphangite et des autres inflammations péri-utérines qui empêchent la circulation de retour; activement, à cause de l'inflammation veineuse et surtout lymphathique, et des irritations auxquelles se trouve exposée la lacération du col; ces irritations se traduisant comme dans toute muqueuse, par une dilatation réflexe des vaso-moteurs. Le sang arrivant en surabondance dans l'utérus, cet organe se trouvera dans des conditions analogues à celles de la grossesse, et au lieu de diminuer de volume, s'arrêtera dans son involution.

Nous insistons sur la relation qui existe entre la subinvolution et les lésions inflammatoires concomitantes, car le pronostic et le traitement de ces accidents seront tout différents de ce qu'ils seraient dans le cas où la subinvolution et la métrite seraient survenues quelques jours après l'accouchement par suite d'imprudences de la femme. Gallard (*Mal. des fem.* P. 444) a bien distingué ces deux variétés de métrite: à l'une il donne le nom de *post-puerpérale* et il qualifie l'autre de *puerpérale*; cette dernière est celle de Chomel, qui avait bien noté qu'avec elle on a généralement de la douleur et de l'empâtement des culs-de-sac vaginaux. Au point de vue histologique, l'accord est aussi fait sur cette question; Courty, Simpson, Cohnheim, Carl-Braun et Wild font une

différence entre la subinvolution et la métrite puerpérale ; tandis que dans celle-ci on a tous les caractères de l'inflammation, dans celle-là on ne trouve que « les éléments histologiques normaux, et dans la proportion relative normale ». Quant au diagnostic différentiel, il repose surtout sur la présence ou l'absence de douleur et de réaction générale ; dans la subinvolution non compliquée, l'utérus est mou, mobile, uniformément développé, son col entr'ouvert non déchiré, sa cavité est profonde ; rien dans les culs-de-sac, pas de fièvre. Dans la subinvolution compliquée de métrite puerpérale, l'utérus a sensiblement le même aspect, mais il est douloureux ainsi que les culs-de-sac ; on a de la fièvre, les contractions utérines sont douloureuses ; les lochies, parfois après une diminution passagère, sont très abondantes et durent longtemps.

Quand les lésions utérines sont devenues chroniques, leurs symptômes sont dans les deux cas ceux de la métrite commune ; la malade, en faisant remonter l'origine à son accouchement, qu'il y ait ou non déchirure du col, il pourra en résulter une erreur de diagnostic ou de traitement ; c'est pourquoi nous avons insisté sur ce diagnostic différentiel. Le traitement en effet est absolument différent selon les circonstances ; dans la subinvolution simple, de l'ergot à petites doses quotidiennes, des injections chaudes... suffiront si elle n'est pas passée à l'état chronique ; tandis que des moyens plus énergiques sont nécessaires lorsqu'il y a en même temps métrite septique.

Que la métrite puerpérale n'évolue pas avec la rapidité habituelle d'une inflammation franche et qu'elle aboutisse fréquemment à la chronicité, on ne saurait s'en étonner quand on voit combien de conditions concourent à l'empêcher de marcher vers la guérison. 1^o Le microbe pathogène doit s'être infiltré dans toute l'épaisseur de l'utérus, étant donné qu'il peut pénétrer par la déchirure du col, la plaie placentaire et la muqueuse dépouillée de son épithélium. Cette membrane en outre se plisse quand la matrice revient sur elle-même et forme autant d'anfractuosités dans lesquelles sont retenues les sécrétions purulentes. 2^o En second lieu, la cavité utérine est très mal drainée : l'orifice cervical, la seule issue pour les liquides, est obstrué au début par des spasmes qui durent tant qu'il y a contractions douloureuses, quelques jours plus tard, par l'épaississement de sa muqueuse et ses sécrétions visqueuses : les déviations utérines, les flexions surtout, oblitèrent le canal excréteur par un autre mécanisme. 3^o L'utérus est en outre sujet à des congestions répétées qui entretiennent l'inflammation ; d'une structure caverneuse accentuée encore par les transformations que lui a fait subir la grossesse, il se trouve pour ainsi dire suspendu dans le petit bassin, et soumis à des changements de pression continuels suivant que la vessie et l'intestin sont vides ou pleins. Nous avons déjà noté combien la cellulite, qui coïncide avec la déchirure, entrave le retour du sang et de la lymphe. Enfin il est inutile

d'énumérer les causes multiples qui peuvent provoquer une congestion active (irritation due à la laceration du col et à la métrite, coït, grossesse, constipation, exercices immodérés ou stations debout longtemps prolongées etc...) 4^o L'utérus est mal organisé pour résister à cet envahissement sanguin, non seulement à cause de sa constitution particulière, mais encore à cause de l'état général de la nouvelle accouchée. Emmet, sans attribuer comme Bazin, Courty, Bernutz, Martineau, aux diathèses une influence prépondérante sur la marche des métrites, est cependant d'avis que le système nerveux joue un grand rôle dans la chronicité des maladies utérines : à sa faiblesse, dit-il, correspond une atonie musculaire, qui empêche toute réaction de la part de la matrice. Or, le système nerveux est après l'accouchement dans un état de dépression extrême qui ne fait que s'accroître si la femme est retenue au lit par des accidents inflammatoires, et qui se maintient dans la suite grâce à l'anémie consécutive : d'où l'indication d'un traitement général. Enfin on peut se demander si les diathèses n'influent pas indirectement sur la marche de la métrite puerpérale : n'est-il pas remarquable de voir l'arthritisme se traduire partout par une faiblesse des muscles lisses (varices, dilatation de l'estomac...) la scrofule se manifester par des hypertrophies glandulaires et des inflammations catarrhales (olite, blépharite...) ? Or, ce sont là précisément les mêmes éléments pathologiques que dans la métrite chronique.

Les diverses raisons que nous venons de donner expliquent suffisamment comment une métrite datant de plusieurs années peut se rattacher à la déchirure du col : les symptômes de la métrite rentrent donc bien dans la description de cette lésion. Ici, comme pour la paramétrite, nous n'indiquerons que les lignes principales, indispensables au diagnostic. — *A.* Douleur vague, sensation de pesanteur dans le petit bassin, avec irradiations diverses, se rattachant aussi bien à la métrite qu'aux inflammations périphériques, la caractéristique de ces dernières étant surtout les crises revenant à intervalles variables. — *B.* Leucorrhée parfois extrêmement abondante et existant en dehors de tout autre signe, ou bien alternant avec : — *C.* Des métrorrhagies. Elles constituent un des symptômes les plus constants et les plus nets. Aussi Sneguireff est-il d'avis que, chez une femme de 20 à 40 ans, les métrorrhagies qui ne reconnaissent pas pour cause une tumeur, sont le plus souvent dues à une métrite. Emmet, dans ses tableaux XXXV, XXXVI et XXXVII, p. 443, arrive à cette conclusion que chez 17 0/0 seulement des femmes atteintes de déchirures du col les règles sont restées ce qu'elles étaient auparavant : chez la moitié environ, elles ont augmenté : chez un quart, elles ont diminué (il est probable que dans ces cas l'utérus s'était atrophié) : enfin, il en est très peu chez qui les règles conservèrent leur régularité. — *D.* L'utérus est généralement en prolapsus, à cause de la laxité de ses ligaments suspenseurs, du vagin et du releveur anal, à cause de la déchirure du col, de

la rupture du périnée, etc... Il est en outre plus ou moins dévié : quand les alterations de ses annexes ne le sollicitent pas à se mettre en latéroversion, il se met en ante ou rétroversion, et souvent se fléchit sur lui-même. Emmet (tableau XIX, p. 259,) établit des rapports montrant bien l'influence de l'accouchement sur les versions utérines : il en a trouvé 16, 93 chez les femmes non mariées, 28, 10 chez les femmes stériles et 54, 55 chez les femmes fécondes. Mundé d'après 400 cas personnels dit que les déplacements utérins sont deux fois plus fréquents chez les femmes ayant une déchirure, que chez les autres. Enfin Howitz a trouvé : Antéflexion 19 0/0 chez ses malades sans lésions cervicales, 42 0/0 chez les autres. Rétroflexion 11 0/0 chez ses malades sans lésions cervicales, 16 0/0 chez les autres. — *E*. Le col de l'utérus offre les lésions déjà décrites. — *F*. Le corps est hypertrophié, sensible : l'hystéromètre dénote un agrandissement de sa cavité, ses irrégularités... Parfois, la métrite est plus accentuée au col qu'au corps, en raison de sa déchirure, de sa position déclive, du contact continuel de la leucorrhée, des frottements contre les parois vaginales, etc... Mais il est difficile de se rendre compte de l'état de la cavité utérine sans dilatation préalable : on dit, il est vrai, qu'elle est indemne quand elle a sa profondeur normale, quand l'hystéromètre n'y démontre aucune inégalité, quand la menstruation n'est point troublée, quand les sécrétions sont visqueuses et tenaces : mais ces signes sont inconstants et difficiles à apprécier quand la métrite est récente

ou au contraire très ancienne. Enfin, Schültze a inventé un procédé dit du « tampon-diagnostic » qui consiste à introduire dans le col un tampon imbibé de glycérine et de tannin : il le retire au bout de 24 heures et y trouve, quand le corps est malade, un pus ayant des caractères spéciaux à l'œil nu et au microscope. Ce diagnostic différentiel a son importance, car il est probable que dans quelques cas la trachélorrhaphie peut à elle seule remplir toutes les indications du traitement, lorsque la métrite prédomine d'une façon manifeste au niveau du col et que le corps est à peu près sain. — G. Une monographie spéciale ne suffirait pas à décrire les nombreux troubles réflexes que l'on a constatés dans la métrite, et pouvant par conséquent être le point de départ d'un examen qui fera découvrir la déchirure du col. Nous ne ferons qu'énumérer les principaux, en insistant sur quelques-uns d'entre eux qui sont, croyons-nous, peu connus ou susceptibles d'une interprétation particulière : 1° Holmes (*In Nouv. Arch. obst. et Gynec.*, 1886, p. 494), cite plusieurs cas de manie puerpérale coïncidant avec des lacérations du col et ayant disparu après opération d'Emmet ; 2° Le vaginisme peut avoir pour cause la métrite cervicale : on l'a vérifié chez des malades n'ayant ni fissure anale, ni polypes uréthraux, l'hymen étant bien déchiré et les caroncules nullement douloureuses ; 3° L'irritabilité de la vessie est chose fréquente : l'anurie est probablement un symptôme hystérique, tel n'est cependant pas l'avis d'Emmet (p. 480) ; 4° Longue est la

série des névralgies. L'une des plus fréquentes est la lombo-abdominale: Chéron (*In Rev. méd. chir. des mal. fem.*, 1887), lui attribue une importance toute spéciale; elle indiquerait un état de souffrance de la moelle au niveau du centre d'innervation de l'utérus: il en résulterait que des applications révulsives sur cette région retentiraient d'une façon favorable sur la maladie utérine; il apporte comme preuves des observations très démonstratives. La névralgie intercostale est commune même chez des femmes ni anémiées, ni hystériques. Emmet insiste sur les douleurs de tête, principalement sur celles siégeant à la nuque et qui seraient rarement absentes. Peasle a décrit une névralgie occupant sur le vertex une surface circulaire ou ovale et qui est soulagée par la pression (clou hystérique?) La gastralgie se voit communément et est souvent accompagnée de dyspepsie, de pica, de chaleur à l'épigastre, de vomissements, de constipation... tous symptômes généralement très tenaces; 5° D'après Boldt (*Amer. Journ. of Obst.*, août 86), les névroses du cœur se voient dans 80/0 des maladies ovariennes ou utérines: elles ont le caractère des névroses réflexes, peuvent être assez intenses pour simuler l'angine de poitrine et guérissent en même temps que les maladies des organes génitaux; 6° Il y a une toux utérine avec ses caractères spéciaux; 7° On pourrait également trouver des relations entre les lésions de l'utérus et certains troubles des organes des sens. Mackenzie (*In Amer. Journ. of med. sc.*, avril 84), dit que certaines femmes ont du

coryza au moment de leurs règles : il a vu des affections nasales rebelles guérir en traitant exclusivement l'utérus ou les ovaires, etc. ; 8° Longtemps on a discuté sur l'hystérie ; nous ne pouvons que citer les conclusions de Guinon (*Agents provocateurs de l'hystérie*, Th. de Par., 1888-89) : il croit comme Aran, Gallard... que l'hystérie ne survient que chez les prédisposées, mais que celles-ci sont légion, si, dans les antécédents héréditaires, on tient compte de toutes les maladies qui font partie de la grande famille névropathique. L'hystérie dans ces conditions serait provoquée soit par le trauma utérin, soit plus tard par l'anémie si fréquente dans les maladies de l'appareil génital. Le traitement local, dans ces circonstances, peut donc supprimer les manifestations nerveuses ayant leur point de départ dans l'utérus ou son voisinage, mais il ne guérit pas la maladie elle-même. C'est probablement à l'hystérie que doivent être rattachés quelques symptômes bizarres, tels que paraplégie, contractures, ainsi que l'état mental de la malade qui change de caractère, devient triste, hypochondriaque, paresseuse, éprouve la plus grande difficulté à concentrer son attention, est sujette à des insomnies désolantes...

Cet examen rapide de quelques-unes des complications qui ont leur source dans l'utérus suffit pour démontrer qu'une maladie de cet organe peut retentir sur tout l'organisme. On s'explique ainsi l'anémie qui en résulte et à la production de laquelle viennent concourir les hémorragies et la leucorrhée. La malade

est dans un état de faiblesse parfois excessive qui ne lui permet pas de réagir efficacement contre les maladies intercurrentes : la tuberculose en particulier se développe volontiers sur un terrain si propice : c'est ce qui a pu faire dire à Aran que 32 0/0 des femmes atteintes de phlegmon chronique meurent phthisiques. Heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et ce sombre tableau a bien sa contre-partie. Il n'est pas rare de voir des malades qui depuis plusieurs années ont des pertes de sang considérables et répétées et qui cependant conservent leurs forces et leurs couleurs, de même que d'autres ont vécu pendant fort longtemps avec des lésions considérables des organes génitaux sans que leur état général ait paru en souffrir.

LA DECHIRURE DU COL

peut-elle être elle-même le siège ou la
cause unique de complications ?

1° Dans quelques circonstances, des hémorragies se faisant à la surface même des fongosités du col ont pu être assez abondantes pour constituer une indication opératoire.

2^o Bien que l'ulcération vraie du col soit rare, on doit, croyons-nous, admettre que l'épithélium peut tomber sous l'influence des règles, par suite de frottements ou de chocs au moment du coït... ; la surface dénudée se trouve alors dans des conditions d'infection analogues à celles qui existent au moment de l'accouchement : la raison de certaines rechutes de métrite et de paramétrite est peut-être là : le même mécanisme rend compte de la contamination possible de certaines déchirures primitivement non enflammées.

3^o La fréquence du cancer du col et de ses déchirures a fait rechercher s'il y a là rapport de cause à effet : cette hypothèse est susceptible de deux interprétations ; la déchirure (ou sa cicatrice) ne constituent qu'un *locus minoris resistentiæ*, ou bien la déchirure se modifie et devient carcinomateuse. Nous croyons cette dernière version très admissible et nous partageons en cela l'opinion de Breisky, Kaltenbach, Emmet et Mundé. La lacération est le siège d'irritations multiples, ce qui n'est plus à démontrer après ce que nous en avons déjà dit : or, n'admet-on pas les irritations continues et répétées comme cause de l'épithélioma de la langue et des lèvres ? Souvent on s'est demandé si une tumeur primitivement nettement bénigne n'est pas devenue maligne sous l'influence de traitements incomplets et longtemps prolongés. Or, que voyons-nous au col utérin ? Une déchirure et avec elle une métrite qui pendant des années a été cautérisée, scarifiée, mise en contact avec mille substances

modificatrices. Ne serait-ce pas là une des raisons de la fréquence au niveau du col de ces dégénérescences épithéliomateuses si rares dans le corps même de l'utérus? L'examen microscopique nous fournit un autre argument à l'appui de cette hypothèse : nous avons insisté, en faisant le diagnostic différentiel des déchirures du col, sur la difficulté que l'on a souvent à les distinguer des adénômes malins. La persistance d'une membrane limitant les glandes infiltrées, disions-nous d'après M. le professeur Cornil, permet seule d'affirmer qu'il n'y a que métrite : combien de temps résistera cette faible barrière si la prolifération cellulaire continue? il arrivera probablement ici ce que l'on a constaté dans la mamelle : les cellules briseront leur membrane enveloppante et se répandront dans les interstices musculaires : l'adénôme sera devenu malin. C'est à cette conclusion qu'est arrivé Cushing dans de récentes recherches (*amer. Journ. of obst.*, mars 1888.)

La déchirure, même quand elle est cicatrisée, peut probablement encore dégénérer : ce ne serait pas le premier exemple d'une cicatrice se transformant en épithélioma, et nous rappellerons que Virchow est assez disposé à regarder certaines cicatrices volumineuses et tenaces comme de vrais néoplasmes. On voit donc qu'il est important quand on opère une lacération du col, d'obtenir une bonne réunion par première intention.

4° Nous arrivons à l'influence de la lacération sur les phénomènes réflexes que nous avons décrits à

propos de la métrite. Emmet met presque tout sur le compte de la déchirure et surtout du nodule cicatriciel inclus dans l'angle rentrant qui pénètre le tissu utérin. Il cite de nombreux faits (p. 480 et suivantes), en faveur de cette théorie. On ne peut affirmer que le point de départ des troubles en question est toujours la cicatrice, car les exemples de réflexes sont trop nombreux dans les maladies de l'utérus et de ses annexes, pour que, si l'on songe aux fréquentes complications des déchirures du col, on ne soit pas tenté de leur faire jouer ce rôle dans quelques cas. Cependant on ne peut méconnaître l'influence de la cicatrice quand la disparition de certains symptômes a coïncidé avec la trachelorrhaphie. C'est ainsi que nous lisons dans Emmet : « Quelques heures après l'opération, la névralgie disparut, et j'ai reçu le 26 janv. 1880 (4 ans plus tard) une lettre de son médecin me disant que la névralgie n'avait pas reparu, et que la santé générale de la malade était parfaite », et à propos d'un tic douloureux de la face : « Je me décidai à l'opérer. Son tic disparut aussitôt et elle jouit aujourd'hui d'une bonne santé », et plus loin : « Je l'opérai, et dès le premier repas qui suivit l'opération, elle ne ressentit aucune douleur et depuis elle est fort bien portante (il s'agit d'une malade ayant, après avoir mangé, des coliques très intenses). » On trouve dans d'autres auteurs des observations nombreuses et aussi concluantes que celles que nous venons de citer. Goodel regarde la présence de tissu cicatriciel comme une indication de fermer la déchirure : Mundé, Moseley, Cleveland,

Baher, Villson, Smith, H. Wells, Barnes... partagent cette opinion.

Il faut probablement chercher la raison de ces faits dans la susceptibilité particulière du col qui se manifeste d'une façon si nette dans certaines circonstances : par exemple, on voit des polypes ne provoquer d'hémorragies que quand ils arrivent à l'orifice interne du col (West, Emmet). De même un polype du col empêchera parfois une grossesse d'arriver à terme tandis que s'il siège dans le corps il demeurera inaperçu jusqu'au jour de l'accouchement (obs. in A. Comet, *Th. Par.*, 1889). Il est des métrorrhagies qui ne cèdent à aucun topique et s'arrêtent immédiatement quand on dilate l'orifice cervical. On a remarqué que l'hystérectomie est plus souvent suivie d'accidents réflexes que l'ovariotomie et que ces accidents sont d'autant plus fréquents dans les opérations sur l'utérus qu'on se rapproche davantage du col.

La cicatrice est bien faite d'autre part pour mettre en jeu cette irritabilité; elle n'est pas constituée par un tissu inerte et insensible; elle est essentiellement rétractile et subit des transformations successives pendant plusieurs années. Emmet dans une discussion postérieure à la publication de son ouvrage (*Ann. Gynec.* 1887, p. 313) dit que pendant six mois, et même deux ans, la déchirure du col peut rester sans commencer son travail de cicatrisation. Quand celle-ci se fait, elle n'avance que lentement, envahissant peu à peu les tissus qui ont été le siège d'une prolifération cellulaire. Lors même qu'elle est terminée dans le

tissu conjonctif, les glandes qu'elle a englobées sont encore le siège de modifications qui aboutissent plus ou moins rapidement à la rupture des kystes ainsi formés ; à cette rupture succède encore une rétraction qui se renouvelle chaque fois qu'un œuf de Naboth éclate. D'après ces données, on peut donc affirmer que le tissu cicatriciel du col met plusieurs années à s'organiser définitivement. On l'admet d'ailleurs pour toutes les cicatrices en général, quand elles succèdent à une plaie ayant suppuré, et c'est ce qui avait conduit Delpech à instituer une opération analogue à la trachelorrhaphie (excision et suture) pour s'opposer aux inconvénients de la retractilité.

L'étude des conditions nécessaires à ces transformations de la cicatrice nous conduit à des conclusions intéressantes, mais qui ne sont qu'hypothétiques. 1° Il est probable que la présence des cicatrices entretient la métrite : cette lésion est la règle au voisinage de toutes les tumeurs utérines (statistiques d'Abel et de Sarenhaus sur l'endométrite du corps dans le cas de carcinômes du col...), de même que nous voyons dans les fosses nasales un polype s'accompagner toujours de coryza chronique. L'irritation des nerfs voisins de la cicatrice se transmettant aux centres nerveux, il en résulterait une congestion chronique de l'utérus. — 2° Le même mécanisme expliquerait les troubles réflexes et les douleurs des cicatrices. Nombreux, en effet, sont les exemples de réflexes se manifestant au moment même où l'on touche le nodule cicatriciel ; la plupart des observations citées plus haut d'après

Emmet font mention de cette particularité. On pourrait croire que quelques-uns des filets nerveux, si nombreux dans le col sont restés inclus dans le moplasse et que leur compression est l'origine de ces accidents : mais les histologistes s'accordent à nier leur présence. Il est donc probable que la retractilité est principalement en jeu et s'exerce sur les nerfs voisins. Nous avons recherché s'il n'est pas signalé dans les examens microscopiques, des traces de névrite ou de névromes, comme dans les moignons des amputés, mais nulle part ce point particulier n'est noté.

De ce qui précède retenons surtout qu'il est établi d'une façon indéniable que la cicatrice du col peut en elle-même être douloureuse et entretenir des troubles réflexes. Nous en trouvons en effet la confirmation dans l'étude de la pathologie des cicatrices en général. Legouest (*Dict. Dech.*, art. *cicatrices*) dit que la sensibilité des cicatrices est généralement obtuse, souvent nulle, parfois intacte et même exagérée. Parfois les opérations sur les cicatrices, celles de la face principalement, sont très douloureuses. Dans la thèse de Guinon déjà citée (p. 244) on trouve plusieurs observations de cicatrices dont l'ablation guérit des symptômes hystériques, et qui étaient de véritables zones hystérogènes.

L'opinion d'Emmet se trouve donc confirmée, non seulement par les faits, mais aussi par le raisonnement, et l'on comprend l'insistance qu'il met à recommander l'excision de toute la cicatrice pour obtenir une guérison durable. Si cette condition de réussite

n'est pas la plus importante, elle n'est certainement pas négligeable.

5° G. Thomas, Spiegelberg, Olshausen pensent que la déchirure du col prédispose à l'avortement : ce que nous venons de dire de la cicatrice le donne à croire. Remarquons aussi que la métrite et les déviations utérines qui accompagnent les lacérations cervicales sont loin d'être favorables à l'évolution régulière de la grossesse, et que les frottements continuels du col eversé contre les parois du vagin doivent provoquer fréquemment dans le corps de l'utérus des contractions qui en chassent l'œuf fécondé.

6° La déchirure est regardée par Spiegelberg, Emmet, .. comme cause de stérilité. Howitz prétend au contraire que, le col étant béant, les spermatozoïdes pénètrent plus facilement dans l'utérus. Mais là n'est point le seul élément de la question et il faut tenir grand compte de la métrite concomitante. Aussi Emmet fait-il cette restriction que la lacération peut être suivie d'un ou même plusieurs accouchements, mais que la stérilité s'établit définitivement du jour où la métrite a pris une extension assez considérable pour empêcher le spermatozoïde de progresser, ou entraver la grossesse par un autre mécanisme. Pour bien établir l'influence de la déchirure seule il faudrait dresser des statistiques basées seulement sur des lacérations non compliquées : nous avons vu qu'elles sont trop rares ou trop souvent méconnues pour pouvoir en tirer une conclusion.

La théorie d'Emmet avec toutes ses déductions, n'a pas été sans soulever de nombreuses objections. Une des plus sérieuses est celle qui lui a été faite par Nøggerath, au congrès des Médecins et Naturalistes allemands en 1887. Ce chirurgien examinant 100 cas personnels, portant sur 50 femmes atteintes de métrite sans déchirure, et 50 ayant de la métrite avec déchirure, dit en substance : que les lacérations n'influent ni sur les déplacements utérins, ni sur l'éversion, ni sur les érosions, ni sur le développement des affections utérines : les femmes ayant une déchirure deviennent enceintes plus facilement et avortent moins fréquemment que les femmes dont le col est sain. A cela Saenger répondit que l'expérience clinique est faite et que des chiffres ne sauraient prévaloir contre elle. B. H. Wells (*in Amer. Journ. of. obst.* mars 1888), en réponse à Nøggerath, fit l'analyse de 400 cas opérés par Mundé et conclut que l'intensité des troubles utérins varie en raison directe de l'étendue de la déchirure, que l'hyperplasie utérine, la subinvolution, les érosions, l'éversion sont quatre fois plus fréquentes chez les femmes ayant des lacérations que chez les autres.

Nous n'avons pas trouvé de statistiques plus récentes, mais celle qui précède plaide assez en faveur de l'opinion d'Emmet pour que l'on ne puisse douter de l'exactitude d'une théorie qui tous les jours est confirmée par les succès consécutifs à la trachelorrhaphie.

TRAITEMENT

Sous ce titre nous ne ferons que tirer des déductions de la pathogénie que nous avons assignée aux complications de la déchirure du col.

L'état général fournit une première indication à laquelle Emmet attache une grande importance ; le système nerveux étant presque toujours affaibli ou au contraire exalté, il importe de rétablir l'équilibre de ses fonctions. Il y a pour cela une médication physique et une médication qu'on peut appeler intellectuelle. Cette dernière n'est pas à négliger surtout quand il se développe des symptômes hystériques. La médication physique est surtout hygiénique ; une hygiène bien entendue pourra également dispenser d'avoir recours aux calmants ou aux excitants. Elle consistera à régulariser le fonctionnement de la peau, des intestins, des poumons et autres organes : de la peau par les frictions, les douches surtout, qui agiront sur le système nerveux et décongestionneront l'utérus : de l'intestin par un régime alimentaire substantiel et doux, par des purgatifs et des lavements, si c'est nécessaire ; se rappelant la connexion étroite qui existe entre l'utérus et le rectum, on évitera soigneusement la constipation. Le jeu des poumons sera favorisé par l'exercice au grand air, le changement de climat s'il y a menace de tuberculose. Les muscles seront entretenus par le massage, la marche...

Dans certains cas un traitement diathésique sera précieux : il ne rentre pas dans le cadre de notre sujet d'en signaler les éléments.

Parmi les complications à distance des déchirures du col, chacune d'entre elles aura besoin d'une médication appropriée.

Quant au traitement local, il faut, avant de l'instituer, établir avec précision un diagnostic anatomique et pathogénique : anatomique pour reconnaître exactement les organes malades et ne pas soigner l'un en négligeant l'autre : pathogénique pour apprécier avec justesse le mode d'intervention qui varie considérablement suivant les cas. Il est évident qu'une métrite purement catarrhale comme celle que l'on peut rencontrer chez les vierges ou chez les nouvelles accouchées, (nous parlons de la métrite *post-puerpérale*) pourra guérir rapidement et complètement par les injections chaudes ou astringentes, les pansements glycerinés et autres médications peu énergiques suffisant cependant à décongestionner l'utérus et à relever sa tonicité musculaire. Mais quand on se trouve en présence d'une métrite septique (*puerpérale, blennorrhagique, tuberculeuse...*), il n'y a, croyons-nous, qu'une façon efficace d'intervenir, c'est d'aller en anéantissant le germe sur place, sans s'attarder à des moyens palliatifs (cautérisation du col, scarification...) qui n'ont leur indication que comme adjuvants. Voyons, en effet, comment se comporte le gonococque de Neisser à la vulve : il n'est pas de topique qui puisse le détruire : on ne peut arrêter sa reproduction qu'en

allant le chercher au fond des glandes et follicules dans lesquels il s'est retranché (Martineau). Dans l'utérus il en est évidemment de même et tout traitement qui ne détruit pas la muqueuse contaminée ne peut donner une guérison définitive.

Dans les déchirures du col, il faut donc autant que possible s'assurer de l'état de la cavité utérine, au moindre doute, traiter la métrite d'abord (curage, crayons modificateurs...). Sa guérison entraînera souvent celle de la déchirure du col ; mais, si celle-ci ne se cicatrise pas, on devra lui opposer plus tard une opération spéciale, sans quoi on s'exposerait à voir reparaître la métrite et ses conséquences (Trelat).

Le traitement de la paramétrite demande plus encore que celui de la métrite un diagnostic anatomique précis. Nous croyons devoir distinguer 3 cas : 1° Phlegmon aigu récent, c'est-à-dire dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement ; (cet assez long délai nous est laissé par la lenteur que ces phlegmons mettent à suppurer.) Comme dans tout abcès, il faut soigner la plaie absorbante qui n'est plus tant alors la déchirure déjà couverte de bourgeons charnus que l'utérus qui constitue un vaste clapier ; on doit donc le dilater, le drainer et l'antiseptiser. Si le pus se collecte, il faut lui donner issue : il s'évacue parfois de lui-même par l'utérus quand il occupait les trompes ; 2° Phlegmon chronique : quand du pus se trouve enkysté dans des fausses membranes, ici encore, comme dans tout abcès, la seule intervention radicale est, pensons-nous, l'incision ou tout au

moins la ponction. Si ces opérations doivent être combinées avec le curettage, on commencera par le faire, afin d'éviter l'infection de l'abcès après son ouverture; 3° Quand rien dans la paramérite chronique ne permet de soupçonner la présence du pus, on s'en tiendra au massage, douches chaudes, électricité, tamponnement régulier et prolongé des culs-de-sac vaginaux (Emmet): les noyaux de paramérite étant souvent entretenus par l'état de la cavité utérine, Wallon et Pouillet conseillent de faire le grattage, et disent n'avoir jamais eu à déplorer ces rechutes que l'on signale comme si fréquentes dans ces circonstances; elles seraient dues soit à l'existence méconnue d'un foyer purulent, soit à l'insuffisance de précautions antiseptiques.

Étant donnés des symptômes généraux ou locaux graves, *et résistant à tout traitement*, on fera la trachelorrhaphie, quelle que soit l'étendue de la lacération du col. Des antécédents cancéreux constituent aussi une indication précise pour certains auteurs (Goodel).

Quand les ulcérations, kystes... ont envahi une grande partie des lèvres du col l'opération de Schröder pourra remplacer celle d'Emmet.

Nous ne décrivons pas ces procédés de restauration du col qui sont exposés dans Emmet et autres précis de gynécologie.

Nous ne ferons plus qu'une remarque, c'est que le traitement que nous venons d'indiquer, même conduit avec toute la rigueur possible, échouera dans certains

cas où les altérations utérines et péri-utérines sont trop étendues. On n'aura plus alors d'autre ressource que la laparatomie : cette opération sera même dans certaines circonstances la seule intervention rationnelle. Comme le fait remarquer judicieusement M. le professeur Trelat, elle ne doit pas être faite trop tôt, car il y a des cas curables sans elle, ni trop tard car on a des adhérences qui la rendent difficile : faite à temps et dans de bonnes conditions, elle peut guérir radicalement des malades que les complications de leur déchirure du col condamnaient à traîner une vie misérable en attendant une mort prématurée.

CONCLUSIONS

Les déchirures du col de cause obstétricale sont fréquentes.

Fréquentes sont aussi les métrites et périmétrites puerpérales. Elles sont probablement dues à un germe phlogogène qui pénètre par les plaies consécutives à l'accouchement.

Parmi ces plaies, la déchirure du col est dans des conditions particulièrement favorables à la contamination. Elle peut donc être le point de départ de métrites et périmétrites puerpérales.

Plus tard, on retrouvera ces mêmes lésions comme complications chroniques de la déchirure du col. Elles doivent être traitées en premier lieu, leur guérison entraînant souvent celle de la lacération.

Si cependant la déchirure du col persiste, on devra en pratiquer la cure par une opération spéciale, tant pour prévenir une récurrence de la métrite ou de la périmétrite, que par crainte des complications particulières dont elle peut devenir le siège ou la cause.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dans les thèses de Desvernine (Paris 1879), Fage (Paris 1881), Jacquelot (Paris 1884) on trouve les indications bibliographiques antérieures à 1884. Depuis cette époque il n'a pas été fait d'autre étude d'ensemble : les éléments de notre thèse ont été principalement recueillis dans les journaux de ces 5 dernières années et notamment dans les :

Annales de Gynecologie et d'obstetrique.

Archives de Tocologie.

Nouvelles arch. d'obst. et gynec.

Rev. med. chir. des mal. de fem.

Revue d'Hayem.

Index medicus.

Semaine médicale.

La pagination des articles est indiquée dans le texte, ainsi que celle des journaux étrangers dont nous avons pu donner des traductions, et des ouvrages qui ne se rapportent qu'indirectement à notre sujet.

Vu : Le Président de la Thèse :

U. TRÉLAT.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. -- Imp. des Ecoles, Henry Jouve, 23, rue Racine.

